UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935-1936

N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉACTIONS ANNEXIELLES AU COURS DE MANŒUVRES THÉRAPEUTIQUES SUR LE COL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 20 Janvier 1936

PAR

Jean-Baptiste HAPETTE

Né à La Bastide-Clairence (Basses-Pyrénées), le 12 juillet 1907

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*
DUVERGEY, professeur ..... *Juges*
PAPIN, professeur ..... *Juges*
CHARRIER, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0036

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935-1936

N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉACTIONS ANNEXIELLES AU COURS DE MANŒUVRES THÉRAPEUTIQUES SUR LE COL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 20 Janvier 1936

PAR

Jean-Baptiste HAPETTE

Né à La Bastide-Clairence (Basses-Pyrénées), le 12 juillet 1907

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*

LUVERGEY, professeur ..... } *Juges*

PAPIN, professeur ..... }

CHARRIER, agrégé ..... }

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. LABAT
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et therapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHEILE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale.	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE
Médecine opératoire	F. PAPIN
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Puériculture	FAUGERE

	MM.
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE
Bactériologie	MOUREAU

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE — A MON PERE

à qui je dois tout. Faible témoignage de mon profond amour.

A MA SŒUR

A MES FRERES

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES

A MES JUGES

Au Docteur R. DAVID-CHAUSSE

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

qui voulut bien m'honorer de son amitié. Qu'il trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le professeur JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fit en présidant cette thèse.

INTRODUCTION

Il n'est pas rare qu'une femme métritique, lasse de renouveler ses pansements, vienne consulter son médecin et lui demande de faire cesser l'écoulement continu et abondant de ce liquide blanc jaunâtre, épais, visqueux et filant qui est l'élément caractéristique de la métrite cervicale chronique.

Cette femme a pu avoir antérieurement une histoire annexielle, avec douleurs dans le bas-ventre et réaction thermique, qu'elle omettra de rappeler ; le médecin, souvent pressé, voulant aller vite, questionnera incomplètement la cliente sur ses antécédents génitaux et pourra trouver superflu de faire un toucher vaginal : un cul-de-sac empâté, un ovaire un peu volumineux, sensible, seraient pourtant une contre-indication nette à la manœuvre thérapeutique qu'il compte entreprendre séance tenante.

Même si le traitement est indiqué, le médecin, bien qu'avisé, mais ne prenant pas son temps, procédera à la cautérisation du col sans prendre au préalable toutes les précautions requises, sans mesurer à sa juste valeur la portée d'un geste qui peut avoir de grosses répercussions sur la vie génitale et l'état général de cette femme.

C'est que la thérapeutique d'une métrite cervicale chronique exige une méthode rigoureuse et une sérieuse connaissance de la technique : c'est souvent mettre le feu aux poudres que d'agir ainsi à la hâte et d'une façon inconsidérée ; le médecin ne doit pas perdre de vue, avant même de mettre le spéculum en place, que, si la lésion est au col, le danger est aux annexes. Que de flambées annexielles, sans compter, hélas ! les accidents de pelvi-péritonite et de septicémie, qu'il faut mettre sur le compte d'une manœuvre médicale intempestive ou seulement trop rapidement conduite. Des accidents de ce genre s'observent — assez rarement du reste — dan s le

milieux hospitaliers, dans les cliniques où cependant ces manœuvres sont laissées aux soins de spécialistes qui connaissent parfaitement la méthode et en savent toutes les indications et contre-indications. Nous ne saurions donc trop recommander au praticien le mieux averti de prendre tout son temps et de mettre en jeu sa conscience professionnelle autant que son savoir médical dans la conduite d'un traitement dont les conséquences sont parfois déplorables.

Nous ne voulons pas dans ce modeste travail faire un exposé détaillé de techniques, mais dire seulement pour chacune d'entre elles quelle est *grosso modo* la marche à suivre dans son application et poser les indications et les contre-indications qu'elle comporte.

Nous nous bornerons à envisager la thérapeutique des affections du col par le Filhos, le diathermo-coagulation et aussi la radiumthérapie. Ce dernier traitement est surtout réservé au cancer du col; il peut avoir cependant ses indications dans de vieilles cervicites chroniques comme aussi l'on a recours quelquefois à la cautérisation ou à la diathermo-coagulation pour traiter les formes proliférantes du cancer du col; d'autre part, les deux affections peuvent être prises l'une pour l'autre et traitées en conséquence, car souvent le cancer du col se greffe insensiblement sur une vieille métrite chronique, sans en modifier guère la symptomatologie, et ne peut être décelé, à son début, que par un examen anatomo-pathologique.

Nous ferons précéder ces considérations thérapeutiques d'un rappel des connexions lymphatiques du col et des annexes, car, en dehors de la voie muqueuse par où progresse le gonocoque dans les métrites blennorragiques récentes, la voie lymphatique est la voie principale de propagation annexielle dans les vieilles métrites chroniques. Un rappel de l'étiologie et de la pathogénie des annexites, de leur évolution bactériologique suivra cette étude anatomique.

Puisse notre humble travail attirer l'attention du praticien sur les dangers d'un traitement qui exige de sa part beaucoup de perspicacité et de prudence.

LYMPHATIQUES DU COL ET DES ANNEXES : LEURS CONNEXIONS

L'utérus et ses annexes forment anatomiquement et physiologiquement un tout dont les diverses parties ont des relations étroites : c'est d'abord la continuité de la muqueuse qui permet d'expliquer la propagation infectieuse du col ou du corps de l'utérus à la trompe et à l'ovaire; d'autre part, les anastomoses artérielles, les riches plexus veineux et nerveux qui unissent les divers éléments du tractus génital nous font comprendre que la douleur du col puisse s'irradier aux annexes, qu'une infection cervicale, après avoir rapidement franchi l'étape annexielle, puisse déclancher une thrombophlébite ou une septicémie.

Nous ne considérons ici qu'une infection partant du col et s'arrêtant aux annexes, créant ou réveillant une salpingo-ovarite; il nous faut alors faire intervenir, en dehors de la voie cavitaire par où chemine le gonocoque, les nombreuses anastomoses qui font communiquer les lymphatiques du col avec ceux des annexes; cette voie lymphatique est la voie de propagation du streptocoque, hôte habituel du col dans les vieilles cervicites chroniques.

Il nous faut donc, à ce sujet, faire un exposé de ces lymphatiques et surtout de leurs connexions.

1° Les collecteurs lymphatiques du col naissent d'un réseau sous-séreux, qui lui-même reçoit la lymphe de trois autres réseaux, muqueux, musculaire et séreux. Ils se détachent du bord latéral du col de l'utérus, forment un peloton à leur émergence, dit « plexus lymphatique juxta-cervical ». De ce plexus les collecteurs divergent pour suivre trois voies différentes. Nous pouvons ainsi distinguer avec Marcille, Poirier et

Cunéo, trois pédicules tributaires de groupes ganglionnaires différents.

a) Le pédicule antérieur, ou iliaque externe, ou pré-urétéral;

b) Le pédicule hypogastrique ou rétro-urétéral;

c) Le pédicule postérieur.

De ces trois pédicules, les deux premiers seuls nous intéressent au point de vue des connexions lymphatiques entre col et annexes.

1° Le pédicule antérieur, disposé dans un plan à peu près transversal, se compose de deux à trois troncs qui se portent en dehors, suivent d'abord l'artère utérine et passent en avant de l'uretère; quelques-uns peuvent passer en arrière de ce conduit. Ils croisent ensuite le côté interne de l'artère ombilicale et se terminent dans les ganglions moyen et supérieur des chaînes moyenne et interne du groupe iliaque externe.

Peiser, Leveuf et Godard désignent le pédicule pré-urétéral sous le nom de voie principale des lymphatiques de l'utérus; selon Rouvière, il serait plus juste de dire que ce pédicule représente tout au plus la voie lymphatique principale du col. Ils appellent ganglion principal le ganglion de la chaîne interne qui reçoit cette voie principale.

2° Le pédicule hypogastrique ou rétro-urétéral, dont les vaisseaux passent en arrière de l'uretère et se terminent dans un ganglion hypogastrique, voisin de l'artère utérine.

Si nous considérons maintenant les collecteurs lymphatiques de la trompe et de l'ovaire, dont le trajet et les connexions de la voie principale sont à peu près identiques, nous ne notons pas, pour cette voie principale, des anastomoses directes avec les collecteurs du col; mais il existe pour la trompe deux voies accessoires, l'une iliaque externe (50 % des cas), l'autre hypogastrique (15 % des cas); pour la première, le relai ganglionnaire se trouve le ganglion supérieur de la chaîne moyenne des ganglions iliaques externes, à l'angle de bifurcation de l'artère iliaque primitive; la voie hypogastrique, plus rare (A. Pellé et Mme Pellé), se termine, elle aussi, dans un ganglion hypogastrique.

Nous voyons donc que ces deux voies accessoires de la trompe et les pédicules antérieur et hypogastrique du col ont des relais ganglionnaires communs.

Mais en dehors de ces deux voies accessoires, qui sont malgré tout inconstantes, les lymphatiques du corps de l'utérus, qui présentent de riches anastomoses et avec les lymphatiques du col et avec ceux de la trompe et de l'ovaire, constituent un trait d'union qui explique suffisamment, à lui seul, la propagation aux annexes d'une infection du col. En effet les collecteurs lymphatiques du corps, répartis en trois pédicules, un principal et deux accessoires, s'unissent d'abord aux collecteurs de la trompe par le pédicule principal, puis s'accolent à ceux de l'ovaire, partagent ensuite le trajet, le rapport et les connexions ganglionnaires des lymphatiques de cet organe : ils montent en effet avec ceux de l'ovaire le long des vaisseaux utéro-ovariens, s'infléchissent en dedans au voisinage du pôle inférieur du rein et se terminent dans les ganglions latéro-aortiques.

D'autre part, par le pédicule accessoire ou iliaque externe, les lymphatiques du corps suivent le même trajet que ceux du pédicule antérieur du col et se terminent dans le même relai ganglionnaire, dans l'angle de bifurcation de l'artère iliaque primitive.

Mais, de plus, les lymphatiques du col et du corps sont reliés entre eux : 1° par les réseaux d'origine qui sont les mêmes dans toute la paroi utérine; 2° par de nombreuses anastomoses aux confins du col et du corps; 3° par un gros tronc anastomotique latéro-utérin qui court de chaque côté de l'utérus le long et en dehors de l'artère utérine.

Ce rappel des connexions lymphatiques entre col et annexes, soit directes, soit surtout par l'intermédiaire du corps utérin, nous permet ainsi d'établir d'une manière plus affirmative l'étiologie et la pathogénie des réactions annexielles que nous envisagerons dans le chapitre suivant.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DES REACTIONS ANNEXIELLES

Lorsque nous constatons une réaction inflammatoire du côté des annexes, succédant le jour même ou à peu de jours d'intervalle à une manœuvre thérapeutique sur le col, deux questions doivent se poser : d'abord quel est le germe en cause dans l'apparition de cette complication, par quelle voie ensuite ce germe est passé du col aux annexes ?

Les études bactériologiques sur les infections annexielles sont aujourd'hui nombreuses et précises, et elles ont permis de démontrer ce qu'il était facile de prévoir. Le plus grand nombre des salpingo-ovarites sont causées par les microbes qui se trouvent le plus communément dans les voies génitales et au premier rang desquels il faut, bien entendu, placer le gonocoque; vient en second lieu le streptocoque qui succède surtout aux infections puerpérales; le staphylocoque, le bacterium coli commune, le pneumocoque même sont ensuite ceux que l'on trouve le plus communément.

Mais nous ne considérons ici que les salpingo-ovarites compliquant une métrite chronique en traitement, et il n'en va plus de même dans ce cas au point de vue bactériologique. Ici l'intervention du microbe ne se manifeste plus avec la même constance, et si le gonocoque est assez souvent retrouvé, bien souvent aussi il disparaît des replis les plus profonds des culs-de-sac glandulaires : il ne persiste que des germes d'infection secondaire, le streptocoque surtout, le staphylocoque, le coli, et d'autres saprophytes vulgaires. C'est dire aussi qu'en dehors de la voie muqueuse, qui est le mode d'acheminement du gonocoque vers la trompe et l'ovaire, il faut mettre en jeu pour le streptocoque et les autres germes un autre

processus infectieux par voie sanguine et surtout par voie lymphatique : les importantes connexions lymphatiques entre col et annexes citées plus haut rendent aisée l'explication de ce mode de propagation.

Championnière n'a voulu voir que la voie lymphatique dans toute infection annexielle, en se basant sur l'absence presque constante de lésions dans la portion interne de la trompe; en réalité cet argument n'a qu'une faible valeur, car l'on voit assez fréquemment une infection se propager d'un point à un autre par continuité de muqueuse sans laisser de traces appréciables de son passage dans les points intermédiaires. D'ailleurs, lorsqu'on y regarde de près, la portion interne de la trompe est très rarement saine lorsque la partie externe est malade; elle n'a pas changé sensiblement de volume, cela est vrai, mais on y rencontre des lésions histologiques parfaitement caractérisées.

Mais si l'opinion de Championnière, qui ne voulait pas admettre le rôle de la muqueuse, est trop exclusive, il est certain qu'on a été beaucoup trop loin en voulant rejeter presque complètement l'infection par voie lymphatique au profit de l'infection par voie muqueuse. Chaque espèce microbienne a sa voie d'élection, et si le gonocoque pénètre de l'utérus dans les trompes en suivant la voie muqueuse, le streptocoque et les autres germes d'infection secondaire sont retrouvés dans la lymphe des vaisseaux et des relais ganglionnaires qui les conduisent du col aux annexes.

Des réactions annexielles se produisent d'ailleurs par le même processus infectieux à l'occasion de certaines appendicites; c'est qu'en effet il existe entre l'appendice et les annexes des communications lymphatiques qui siègent dans le petit ligament appendiculo-ovarien; il n'est donc pas étonnant de voir s'établir entre ces deux organes des relations pathologiques, et les cas d'infection salpingienne évoluant en même temps qu'une appendicite ne sont plus rares.

L'infection annexielle, surtout l'infection streptococcique, est encore possible par voie sanguine, principalement veineuse, mais lorsqu'elle a lieu, il est bien rare qu'elle se limite aux annexes : il s'agit alors presque toujours des accidents graves

qui font suite à l'infection puerpérale, mais se rencontrent rarement au cours du traitement d'une métrite cervicale chronique. D'ailleurs l'étape annexielle est rapidement franchie, et c'est la septicémie qui se déclare et domine le tableau. Aussi pouvons-nous négliger pour ainsi dire l'étude du rôle de la voie sanguine dans les infections localisées aux annexes.

EVOLUTION BACTERIOLOGIQUE DES ANNEXITES

Sous l'influence du repos, de la glace et des lavages antiseptiques, les symptômes d'une annexite s'amendent en général et la maladie aboutit à un état chronique, quelquefois même, en apparence, voisin de la guérison.

Mais il ne faut pas oublier que l'annexite est une affection essentiellement à répétition. Des semaines se sont écoulées, des mois, voire des années, et, subitement, à l'occasion d'une période menstruelle, d'une fatigue excessive, d'un abus de coït, d'une fausse-couche, etc..., nous voyons se rallumer l'incendie que l'on croyait éteint, et se produire une nouvelle poussée annexielle, souvent plus grave, presque toujours plus durable que la première. Combien donc faut-il prendre garde avant d'entreprendre une manœuvre traumatisante sur le col malade, surtout lorsqu'il s'y ajoute des lésions annexielles.

Cependant, après un traitement bien réglé et bien suivi, il n'est pas rare de voir une salpingo-ovarite ancienne, autrefois purulente et renfermant des germes microbiens en abondance, devenir stérile. Le streptocoque, enfoncé plus profondément dans les tissus, en disparaît aussi plus difficilement que le gonocoque qui, lui, ne dépasse jamais la surface épithéliale. Une inflammation annexielle succédant à une contamination blennorragique pourra rétrocéder et ne plus faire parler d'elle si les prescriptions du repos et de l'hygiène sont bien observées, tandis que rarement une poussée première, due au streptocoque, sera suivie de guérison complète : le plus souvent il y a récidive, et la maladie dès lors va s'installer, sommeiller et se réveiller par des poussées annexielles et pelvi-péritonéales aiguës ou subaiguës plus ou moins rapprochées, se produisant surtout pendant la période génitale, car au

moment des règles il se produit une hyperémie de l'appareil génital qui favorise une reprise annexielle.

Toutefois les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi sombre, et dans maintes circonstances nous voyons le processus inflammatoire diminuer peu à peu, disparaître et les recherches bactériologiques demeurer infructueuses, les cultures restant stériles et les inoculations sans résultat.

Nous pouvons donc en déduire — et cette opinion est admise par la majorité des auteurs — qu'une salpingo-ovarite primitivement microbienne, par le refroidissement, autrement dit par l'évolution spontanée aidée des moyens médicaux, peut devenir parfaitement aseptique.

Mais les lésions histologiques persistent, et le processus phlegmasique détermine de tels désordres dans la texture intime de la trompe et de l'ovaire que ces organes, ainsi lésés dans leur vie propre et leur structure, constituent un terrain prédisposé à la réinfection et se défendront mal contre une nouvelle imprégnation microbienne : c'est ce qui explique, semble-t-il, ces réactions annexielles après une thérapeutique sur le col pourtant rigoureusement conduite ou même simplement après une fatigue, un effort violent; il en est des annexes comme de tout organe qui a subi une première infection massive et destructrice; la *restitutio ad integrum* ne s'obtient guère, la guérison est relative, les malades souffrent toujours un peu de temps en temps, mais à condition de mener une vie calme, sans excès, les lésions sont parfaitement tolérées.

De ces considérations anatomiques pathogéniques et bactériologiques il résulte qu'il faudra observer certaines règles thérapeutiques que nous envisagerons à propos des manœuvres suivantes sur le col :

1° La cautérisation par le crayon de Filhos;

2° La diathermo-coagulation;

3° La radiumthérapie.

CAUTERISATION PAR LE FILHOS ET REACTIONS ANNEXIELLES

Les métrites chroniques sont certainement les plus fréquentes des maladies de l'appareil génital; elles sont aussi des affections très rebelles dont le traitement est considéré comme difficile et très souvent infidèle.

La multiplicité et la variété des moyens conseillés pour combattre les métrites chroniques (totales ou cervicales) témoignent de l'insuffisance des traitements employés contre elles. Parmi les très nombreux traitements médicaux, il en est un qui est d'une efficacité certaine pour traiter les métrites cervicales chroniques, c'est le traitement par la cautérisation au caustique de Filhos. Les premiers essais en furent faits vers le milieu du siècle dernier et Richelot l'a remis en honneur en 1900 par une communication faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris; il déclarait à ce moment-là : « Parmi les vieux traitements de la métrite cervicale, il en est un, le plus méconnu, le plus ignoré de tous, qui réussit à coup sûr; il détruit les lésions glandulaires profondes, il rend au col son volume et sa forme, il ne cause jamais d'atrésie et ne présente aucun danger. »

Cette communication optimiste de Richelot, formulée sur un ton si persuasif, fit de nombreux adeptes; beaucoup de gynécologues cependant n'utilisèrent tout d'abord qu'avec parcimonie le crayon de Filhos, faisant des réserves surtout au point de vue de l'avenir obstétrical des femmes ainsi traitées, car, quoi qu'en ait dit Richelot, ils redoutaient les inconvénients de l'atrésie, et pour eux la rétraction cicatricielle du col était plus que la réaction annexielle le principal danger de cette manœuvre.

Mais depuis 1900 à nos jours, cette méthode a subi des retouches, si bien qu'actuellement la question de l'atrésie passe au second plan; elle est toujours évitée par un spécialiste qui surveille la malade et procède en temps voulu à la dilatation du col, alors que le meilleur gynécologue ne peut pas d'une façon certaine mettre sa cliente à l'abri d'une réaction annexielle. C'est que la cautérisation au Filhos réalise une action énergique, véritable petite intervention, qui, en raison même de son action brutale sur une muqueuse ulcérée et infectée, pose des indications et des contre-indications nettes et exige une conduite disciplinée du traitement; ce n'est qu'en observant strictement ces données que nous éviterons à peu près sûrement les réactions annexielles.

A condition de nous en tenir au sujet qui nous concerne, l'emploi du Filhos sera contre-indiqué.

1° Dans toute métrite cervicale aiguë ou subaiguë, puerpérale ou blennorragique. Après l'accouchement ou l'avortement, dans les semaines qui suivent, l'infection puerpérale est encore diffuse à travers l'utérus. La mollesse et la friabilité des tissus, la congestion de l'utérus au niveau du col comme au niveau du corps créent de gros dangers de propagation infectieuse vers les annexes par voie sanguine ou par voie lymphatique. D'autre part l'infection blennorragique au début, bien que semblant localisée au col, a pu diffuser silencieusement jusqu'au corps de l'utérus ou même jusqu'aux annexes; ici la propagation se fait par voie muqueuse. Les métrites banales des jeunes mariées, observées aussi chez les vierges ou des femmes âgées, ne doivent pas non plus être traitées, en l'absence de toute certitude bactériologique.

2° Toute métrite cervicale chronique compliquée de lésions annexielles récentes : le traumatisme du col donnerait un coup de fouet à une annexite encore en éveil : « On ne commencera le traitement qu'en l'absence de pertes gonococciques virulentes (examen bactériologique), de toute température et de toute sensibilité annexielle. Le traitement préparatoire diathermique est surtout indiqué qui amènera très vite la résolution » (R. Labry et J. Villar, Congrès d'Alger, avril 1935).

3° Pour toute métrite cervicale chronique compliquée de lésions annexielles anciennes, si celles-ci semblent très importantes à l'examen, ces cas où les lésions annexielles constituent la lésion principale, prépondérante, relèvent de la chirurgie.

4° Pour toute métrite cervicale chronique compliquée de lésions annexielles anciennes ayant donné lieu à diverses reprises à des rechutes aiguës ou subaiguës, ou qui au moment de l'examen ne semblent pas absolument silencieuses (sensibilité des annexes à l'examen, mobilité très diminuée de l'utérus et des annexes, empâtement des culs-de-sac latéraux). Pour ces cas, qui se présentent souvent parmi des malades atteintes de métrite cervicale chronique depuis des années, nous devrons mettre ces malades en observation pendant un certain temps en leur prescrivant le repos, l'alitement s'il est besoin, et le traitement ne sera pas commencé tant que les annexes ne seront pas revenues absolument silencieuses et mobiles, et encore faudra-t-il suivre la malade très attentivement au cours du traitement, toute élévation de température persistant au-dessus de 38° devant être considérée comme un indice précurseur de réaction annexielle.

Les indications du Filhos découlent tout naturellement de ses contre-indications : ce traitement peut donc être appliqué à toutes les métrites cervicales suffisamment anciennes et sans reliquats annexiels : que ces métrites soient d'origine blennorragique, puerpérale ou mixte, à sécrétion mucopurulente ou à catarrhe clair; il s'applique également à la leucorrhée du moignon cervical après hystérectomie subtotale : cette leurcorrhée, parfois très abondante, très tenace, très gênante, résiste souvent aux injections vaginales, mais rétrocède très facilement par quelques cautérisations au caustique de Filhos.

Les indications et les contre-indications étant ainsi posées, et après nous être assuré que les annexes sont absolument silencieuses, il nous faut observer les règles suivantes dans la conduite du traitement.

1° Tout d'abord ne jamais se servir de Filhos aux approches immédiates des règles, sous peine de provoquer des

métrorragies parfois abondantes et prolongées, favorisant par ailleurs une poussée annexielle.

2° Faire précéder la cautérisation d'une injection vaginale par mesure antiseptique et pour déterger la muqueuse du col.

3° Protéger les culs-de-sac postérieur et latéraux pour éviter les brûlures de la muqueuse vaginale.

4° Appliquer ensuite le Filhos sur le col; nous ne dirons rien ici sur la manière d'opérer, les détails de technique variant suivant le gynécologue et d'après le degré de la lésion.

5° Essuyer le col après cautérisation de manière à enlever les moindres parcelles de caustique.

6° Finir par une injection légèrement antiseptique et par un pansement à demeure à laisser pendant vingt-quatre heures dans le vagin.

Avant de reprendre une cautérisation, il faudra toujours attendre la chute de l'escharre.

En ce qui concerne le repos après une séance de Filhos, les opinions des auteurs sont divergentes. A la doctrine classique de Richelot — défendue par Guillemin dans sa thèse (Paris, 1920) — qui réclame le repos absolu au lit d'un jour au moins, puis un repos relatif pendant plusieurs journées, s'oppose la méthode du traitement ambulatoire, plus récente, préconisée par Pouliot; celui-ci considère cette dernière pratique sans danger, à certaines conditions cependant.

Selon lui, pour que le Filhos soit inoffensif, la cautérisation ne doit pas être trop intense, elle doit être suivie d'un lavage vaginal immédiat; pour le même motif, il faut se contenter d'un nombre très restreint de cautérisations et surtout les séparer par un intervalle minimum de six semaines.

C'est la méthode de Pouliot qui est acceptée et appliquée, du moins dans son principe, dans le service de clinique chirurgicale et gynécologique de Bordeaux.

Chalier de Lyon de son côté déclare à ce sujet n'avoir jamais fait que le traitement ambulatoire : « sans rien ôter, dit-il, à la valeur du Filhos, ou au mérite de ceux qui l'emploient, il ne s'agit là que d'un acte de petite gynécologie qui par con-

séquent peut se réaliser dans le cabinet même du gynécologue. Il résume sous trois chefs les principales conditions de réussite et d'innocuité des cautérisations par le Filhos.

1° La nécessité d'une bonne installation, pour y voir clair et pouvoir procéder à la cautérisation avec une asepsie parfaite.

2° La nécessité d'un bon examen clinique préalable, de la première cautérisation à la dernière.

La troisième condition de réussite et d'innocuité réside dans la suppression de toute manœuvre intra-utérine, en particulier de toute dilatation immédiatement préalable à la cautérisation : « S'il est quelquefois indispensable, dit-il, surtout chez les nullipares, de dilater un col trop étroit, il est préférable de consacrer à cette manœuvre une séance spéciale et de ne faire la cautérisation qu'au bout de quelques jours, ainsi on aura toutes chances d'empêcher que les éraillures, qui sont presque inévitables au cours de la dilatation du col, ne servent d'amorce à une poussée inflammatoire qu'aggraverait l'application immédiate de Filhos, ou ne favorisent une pénétration trop profonde du caustique. Ces précautions prises, ajoute-t-il, quant au nombre et à la durée des cautérisations, tout cela est affaire d'espèce. » Il a soigné ainsi lui-même plus de 400 malades, sans les avoir pour cela hospitalisées ou soumises chez elles au repos; il n'a eu aucun accident sérieux, ni précoce ni tardif : « Les résultats ont été si bons, déclare-t-il, que, quoique chirurgien, je n'ai encore trouvé qu'une fois l'occasion de prendre le bistouri pour amputer un col dans les métrites chroniques. »

Dix ans auparavant, sur 300 cas de traitement observés depuis plus d'un an à la consultation du service du Dr A. Siredey, Guillemin relève cinq cas de réaction annexielle pouvant être considérés comme un incident plus ou moins sérieux du traitement. Sur cinq de ces malades qui ont présenté une réaction annexielle plus ou moins importante, trois n'avaient pas gardé le repos absolu au lit recommandé; pour les deux autres, la réaction annexielle semble s'être produite d'après les renseignements de la malade, en dehors de toute fatigue.

Nous relevons ainsi deux statistiques établies à dix ans d'intervalle avec des résultats sensiblement différents. Cette différence est-elle due aux progrès de la technique ou à une pure coïncidence? Quoi qu'il en soit, la majorité des auteurs s'accordent à reconnaître actuellement les avantages et les bons résultats du traitement ambulatoire; si le Filhos a été appliqué avec douceur, parcimonie et une parfaite asepsie, la femme peut, dès son retour à la maison, vaquer à ses occupations sans toutefois se livrer à des travaux pénibles, à de violents exercices.

Mais de toute façon la cautérisation par le Filhos, malgré ses réels avantages, a l'inconvénient de nécessiter une surveillance prolongée de la malade, et, en particulier pour les nullipares, d'obliger celles-ci à plusieurs séries de dilatations auxquelles elles s'astreignent parfois difficilement.

Ainsi comprise, cette cautérisation est un traitement de pratique courante d'une efficacité incontestable qui ne demande que du soin et une habitude de la technique, mais dont nous ne pouvons pas garantir l'innocuité à coup sûr.

Voici deux observations dont la première, à l'occasion de laquelle M. le professeur Jeanneney, a bien voulu nous confier cette étude, nous révèle des accidents annexiels chez une femme qui avait jusque-là les annexes intactes; ces accidents semblent dus à une manœuvre intempestive sur le col atteint de métrite subaiguë déclanchant un processus inflammatoire étendu aux annexes.

Observation I

(Service de M. le prof. Jeanneney, Hôpital Boursier).

Métrite cervicale récente : évolution subaiguë.
Application de caustique de Filhos. Annexite aiguë consécutive.

Mme C... Blanche, salle 1, lit n° 2, âge : 31 ans.

Entre à l'hôpital le 19 septembre 1935, envoyée par le Dr S... pour une poussée annexielle.

Histoire de la maladie. — Le 20 août, aussitôt après ses règles, la

malade a présenté des pertes blanches abondantes qui deviennent vertes par la suite; ces pertes sont incessantes, de consistance filante, tâchant et empesant le linge. Cette femme n'a pas eu, à cette occasion, des phénomènes douloureux ni de la température : bref, il s'agit d'une métrite cervicale subaiguë sans réaction annexielle, d'autant plus que cette femme, veuve depuis plusieurs mois, a eu des rapports très probablement infectants au début du mois d'août.

Le docteur S... consulté, lui ordonne des ovules Roche et des injections de permanganate.

Le 16 septembre, devant la persistance de ces pertes, la malade va voir le Dr L... qui lui fait une application de Filhos. La femme, de retour chez elle, est prise le même jour de violentes douleurs dans tout le bas-ventre, température 39°8, métrorragies qui durent trois jours : sang rouge, sans caillots; le ventre reste douloureux.

Antécédents héréditaires . — Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux. — Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans. Règles normales. En 1929, accouchement normal : un garcon bien portant.

En 1933, une fausse-couche suivie d'hémorragies intermittentes pendant deux mois, sans douleur ni fièvre.

Examen. — Le 20 septembre 1935.

Au palper abdominal, douleur à la pression dans tout le bas-ventre.

Pas d'irradiations. Points annexiels particulièrement sensibles.

Au toucher vaginal, culs-de-sac douloureux, culs-de-sac latéraux empâtés, surtout à gauche. Col de volume normal, de consistance régulière, légèrement déchiré à gauche. Utérus normal.

A subi à l'hôpital un traitement au repos et à la glace; a quitté le service le 7 décembre 1935, après l'épreuve du lever et des règles.

La deuxième observation, due à l'obligeance de M. le professeur Guyot, a trait à une malade, elle aussi sans passé annexiel net, qui a fait une réaction annexielle une quinzaine de jours après la première cautérisation au Filhos.

Observation II

(Inédite).

Métrite cervicale chronique. Application de caustique de Filhos. Annexite. Pelvi-péritonite. Hystérectomie.

M... Marie Age : 33 ans, domestique, entre le 30 octobre 1934, salle 28, n° 16.

La malade entre à l'hôpital parce qu'elle présente au niveau de chacune des grandes lèvres une grosseur du volume d'une noix, dure et douloureuse.

Depuis déjà longtemps, elle avait des pertes jaunâtres et progressivement ces grosseurs ont apparu. (Métrite cervicale chronique et bartholinite bilatérale.)

Examen, le 2 novembre 1934.

Toucher vaginal, petit noyau fibreux de la grande lèvre droite, noyau moins net à gauche.

Col regardant en avant, légèrement entr'ouvert, grumeleux, nettement métritique.

Utérus en rétroversion marquée, douloureux, avec latéro-déviation à droite.

Le doigtier retire des pertes jaunâtres.

Vers la fin du mois de décembre 1934. première cautérisation au Filhos après préparation de la malade : glace sur le ventre, injections chaudes, suppositoire belladoné.

Le 6 janvier 1935. Douleurs pelviennes bilatérales. Elévation de température à 39°.

La malade est mise de nouveau à la glace. La température est de 38°2 ce jour-là et le 20 janvier.

Ce même jour, l'examen montre un rein droit douloureux, un utérus rétro-fléchi, fixé, gros et douloureux, un cul-de-sac droit empâté et occupé par une masse annexielle très douloureuse, un cul-de-sac gauche empâté sans masse annexielle.

Le 22 janvier 1935 : abcès de fixation.

Le 8 février 1935 : toucher vaginal : col amélioré, utérus gros, douloureux, très rétroversé.

Opération le 26 février 1935. Laparotomie médiane sous-ombilicale; on trouve un utérus gros et mou, le péritoine enflammé :

pelvi-péritonite, lésions annexielles bilatérales. Hystérectomie subtotale, après l'ablation des annexes; il persiste un saignement au niveau des parois pelviennes nécessitant la mise en place d'un Mickulicz, greffe pariétale.

Le 1er mars 1935. Urines : albumine, 0,03; urobiline : présence ni sucre ni acétone.

8 mars 1935. On enlève les mèches.

30 mars 1935. Excellent état de la malade.

Faut-il rattacher à la cautérisation ces accidents annexiels un peu tardifs ? De toute façon cette séance de Filhos qui, quoique bien menée et faite en temps opportun, se termine par une hystérectomie subtotale, doit nous mettre sérieusement en garde.

DIATHERMO-COAGULATION ET REACTIONS ANNEXIELLES

André Binet et Marcel, publiant en 1934 un article sur la diathermo-coagulation en gynécologie, commençaient ainsi : « La coagulation diathermique est un mode de destruction des tissus pathologiques qui trouve en gynécologie de nombreuses applications. A la fois élégant, maniable et précis, ce procédé offre, en effet, de sérieux avantages; avec lui, pas de résorption de produits toxiques de désintégration, pas de choc opératoire et une qualité exceptionnelle de la cicatrisation ».

La diathermo-coagulation, en effet, d'utilisation bien plus récente que le caustique de Filhos — puisque ce mode de traitement n'a pas encore dix ans d'existence — compte déjà à son actif de nombreux et excellents résultats dans le traitement des métrites cervicales chroniques.

La plupart des lésions du col sont justiciables de la diathermo-coagulation : leucoplasie, adénome, sténose, cicatrice douloureuse, cancer du col; mais c'est surtout la métrite du col sous toutes ses formes qui constitue à l'heure actuelle l'indication de choix de cette thérapeutique. Elle est surtout indiquée dans les formes sévères et tenaces d'endocervicite, dans les métrites polypeuses avec gros œufs de Naboth, pour les gros cols en bouchons de bouteille de champagne avec ulcérations énormes; bien plus que le Filhos, elle détruit d'une manière radicale en profondeur les formations glandulaires pathologiques. La réparation tissulaire du col se fait d'une façon satisfaisante, permettant les accouchements ultérieurs; elle est peut-être plus que le Filhos une méthode ambulatoire, stabilisant les lésions, paralysant l'infection, d'où

elle peut être appliquée sans inconvénient dans le cabinet du médecin, ceci évidemment si les règles de technique ont été scrupuleusement observées, et en particulier si les contre-indications ont été nettement posées : celles-ci sont à peu de choses près les mêmes que pour le Filhos.

Nous devrons donc nous en abstenir.

1° Dans toute métrite cervicale aiguë ou subaiguë;

2° Dans toute métrite cervicale chronique avec lésions annexielles importantes qui ont donné lieu à plusieurs reprises à des rechutes.

Mais là où il n'y a plus accord parfait entre les défenseurs de la méthode, c'est à propos des métrites cervicales chroniques avec passé annexiel sans grands fracas, sans grosse réaction douloureuse ni thermique, sans extension pelvi-péritonéale nette; et même si, au moment du traitement, les annexes ne sont pas absolument silencieuses, si les culs-de-sac sont légèrement empâtés, sensibles, certains sont partisans d'intervenir sans prescrire le repos préalable; il suffit que la malade prenne la veille et le jour de l'intervention une injection vaginale abondante. C'est ainsi que Dausset conseille de traiter cette catégorie de malades; il opère ainsi lui-même et n'a pas noté, dit-il, de réactions annexielles. Durand-Dastès, à Tarbes, a traité lui aussi plusieurs malades dans ces conditions et a obtenu d'excellents résultats.

Germaine Pagès dans sa thèse (Paris, 1927) — nous sommes à l'époque des premières diathermo-coagulations — dit de cette opération « qu'elle demande à peine quelques minutes, qu'elle est complètement indolore, qu'elle ne s'accompagne d'aucun malaise général, ni d'aucune réaction du côté des annexes, même chez les malades atteintes en même temps de salpingite; ce dernier point, ajoute-t-elle, est particulièrement intéressant à signaler, car c'est un des gros avantages de la diathermo-coagulation sur les autres procédés de cautérisation : cryocautère, thermocautère et surtout Filhos, dont l'application est formellement contre-indiquée toutes les fois que les lésions annexielles viennent compliquer la métrite.

Six ans après, Casalta dans sa thèse (Marseille, 1933) dit à propos du même traitement : « Les réactions annexielles ne sont nullement une contre-indication. Nous n'avons jamais observé de manifestations de ce côté après un traitement par diathermo-coagulation, contrairement à ce qui se passe parfois pour les cautérisations au caustique de Filhos. Cela s'explique parfaitement par l'étude du mode d'action du traitement. On bloque véritablement les capillaires et les lymphatiques; l'élévation thermique locale détermine la formation d'un caillot qui obture les vaisseaux sanguins et lymphatiques, ce qui empêche l'infection de se propager et de réveiller des lésions anciennes. Nous avons constaté récemment avec le Dr Chosson, ajoute-t-il, que la diathermo-coagulation ne paraît pas entraver le refroidissement d'une annexite subaiguë. A deux reprises, nous l'avons pratiquée chez des malades ayant présenté peu de temps auparavant de petites poussées annexielles avec légère hyperthermie. Dans les deux cas, les lésions ont continué leur régression comme si rien n'avait été fait. Sans vouloir conseiller cette méthode au cours et au décours des annexites, nous croyons fermement qu'il n'y a aucun danger de la pratiquer en présence de lésions annexielles, surtout s'il n'y a pas eu de poussée aiguë récente. »

Que faut-il penser de telles déclarations et devons-nous les accepter sans réserves ? Voici ce que dit P. Neis, en mai 1931, de la coagulation diathermique : « Malgré ses réels avantages, elle n'en exige pas moins une bonne technique et l'observance de certaines contre-indications si l'on veut éviter d'autres inconvénients que ceux pouvant résulter d'une sténose ou d'une atrésie du col. Pour la plupart de ses protagonistes, il ne faudrait même pas retenir dans les possibilités de son passif ce qui peut résulter, si l'on n'y prend garde, de toute manœuvre intra-cervicale : le danger de réveiller une infection mal éteinte. Ne rétrécissant pas le col, ne pouvant réchauffer une annexite, elle serait donc un traitement idéal que l'on pourrait appliquer sans mesure. »

L'observation suivante est propre à calmer un enthousiasme aussi absolu.

Observation III

P. Neis, Gynécologie et Obstétrique, 1932

Endocervicite avec ectropion infecté

Mme C..., 28 ans, se plaint de pertes blanches.

Au toucher, le 28 janvier 1932, les annexes sont sensibles. Par prudence, on n'électro-coagule que l'ectropion. Le 16 février 1932, l'ectropion est cicatrisé, la malade perd toujours, le toucher est indolore. On fait une électro-coagulation intra-cervicale. Le 6 mars, elle entre à l'hôpital avec une masse annexielle droite, grosse comme une orange, douloureuse. Pas de température actuellement, mais immédiatement après la deuxième cautérisation, la malade en a présenté pendant deux jours, avec de fortes douleurs abdominales. Soignée par les rayons rouges, cette salpingite s'améliore. La malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours. Un mois plus tard, nous la revoyons; elle se plaint à nouveau de douleurs dans le bas-ventre. Au toucher, rien à droite, mais à gauche, cul-de-sac empâté, très sensible.

Voilà donc un réveil de salpingite, cliniquement éteinte, succédant immédiatement à une électro-coagulation intra-cervicale, et, un peu plus tard, une poussée de salpingite de l'autre côté. Il est vrai qu'un même événement peut se produire sans qu'on use du traitement, « mais cette façon de raisonner, ajoute Neis, destinée à innocenter son emploi, malgré la complication dont je parle, n'est pas applicable à mon cas (le seul que j'ai observé, car son enseignement m'a suffi, attendu que la première poussée de salpingite a succédé de trop près à l'opération pour ne pas lui être attribuable), et à l'heure actuelle, il me suffit d'une électro-coagulation, parfois de deux à des intervalles très espacés, pour obtenir la guérison désirée, et sans incident, parce que je me méfie de la salpingite avérée ou latente ».

Voici deux autres observations inédites — que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Papin — qui témoignent elles aussi qu'il ne faut pas se laisser aller à un usage immodéré et intempestif de la diathermo-coagulation.

Observation IV

Pyosalpinx double manifesté à la suite d'une diathermo-coagulation du col. Hystérectomie.

Femme de 42 ans, qui vient consulter pour des douleurs du bas-ventre, surtout marquées à gauche, des poussées de fièvre et un état général touché. Elle apprend que, souffrant de métrite depuis déjà longtemps, elle a été soignée par toutes sortes de moyens : injections, ovules, etc... Depuis deux mois, elle a fait un certain nombre de séances de diathermo-coagulation sur le col, chez un spécialiste, pour des lésions de métrite cervicale.

Elle avait eu jadis, au cours de sa métrite, un peu de réaction du côté des ovaires. Jamais ces douleurs annexielles ne l'avaient obligée à rester au lit.

Les séances de diathermo-coagulation sur le col ont commencé il y a deux mois. Au fur et à mesure qu'elles se poursuivaient, la malade a commencé à souffrir du bas-ventre, plus violemment qu'elle ne l'avait jamais fait. Elle demanda à interrompre, car elle faisait un assez long trajet pour venir de chez elle à Bordeaux se faire soigner. Malgré cela, les séances de diathermo-coagulation ont été continuées. Actuellement, elle les a cessées d'elle-même depuis quinze jours, et souffre beaucoup.

A l'examen, on constate une double annexite volumineuse, surtout marquée à gauche où les lésions représentent le type habituel du pyosalpinx. La malade a un peu de fièvre entre 37 et 38°.

Elle est mise au lit, au repos absolu, et opérée trois semaines environ après le début de cet alitement la fièvre étant tombée.

A l'opération, il existe un double pyosalpinx de petit volume à droite, gros comme une mandarine à gauche, où il est adhérent à l'anse sigmoïde. Hystérectomie subtotale. Drainage abdominal avec caoutchouc et mèches de gaze.

La guérison opératoire s'est faite sans complications.

Observation V

Réaction annexielle pelvi-péritonitique à la suite de diathermo-coagulation du col utérin. Traitement médical

Mme L..., entre d'urgence à la maison de santé, un dimanche soir, pour phénomènes péritonéaux, avec fièvre, vomissements, ballonnement du ventre.

Cette jeune femme a été prise de ces accidents il y a trois jours. La douleur a débuté par le bas-ventre. Il n'y a pas eu de localisation appendiculaire. Elle a vomi les deux premiers jours et ne vomit plus actuellement. Le bas-ventre est ballonné et extrêmement douloureux à la pression. La voussure s'étend un peu au-dessus de l'ombilic. Sonorité partout. La palpation de l'abdomen, en relevant brusquement la main, provoque une douleur en « plaque de tôle » caractéristique.

Elle raconte qu'elle est soignée pour métrite depuis plusieurs mois déjà. Pour compléter les traitements déjà faits, un spécialiste a commencé chez elle, il y a une quinzaine de jours, des séances de dilatation cervicale et de cautérisation. C'est à la suite de ces traitements, et quelques jours après la dernière séance, qu'ont commencé les phénomènes péritonéaux pour lesquels elle vient.

L'examen actuel fait constater l'absence de toute localisation appendiculaire précise. Le toucher vaginal fait constater au contraire un empâtement péri-utérin très marqué sans masses perceptibles.

La mobilisation utérine est extrêmement douloureuse.

On institue le traitement médical ordinaire par la glace, le repos au lit, injections, lavements, etc... Les phénomènes se sont amendés peu à peu, et la malade a pu quitter la clinique au bout d'une quinzaine de jours, en bon état, son jeune âge s'opposant à toute opération actuelle.

Et voici enfin, pour calmer les ardeurs des protagonistes trop enthousiastes, l'histoire tragique d'une diathermocoagulation du col qui se termina finalement par la mort.

De cette longue observation, publiée par J. E. Marcel, dans les Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie (juillet 1935), nous ne retiendrons que ce qui se rapporte à notre sujet.

Observation VI

Mlle P..., âgée de 25 ans, est adressée au Dr Marcel par un confrère, pour une métrite du col, ceci au début de février 1935.

La malade se plaint de pertes glaireuses, épaisses, extrêmement

abondantes. Depuis deux mois, celles-ci s'accompagnent de douleurs constantes dans le bas-ventre, exacerbées par la menstruation et qui la gênent beaucoup dans son existence active et sportive.

Les premiers accidents remontent à il y a quatre ans, lorsque, à la suite d'un accouchement prématuré, une salpingite double, importante, nécessita un traitement au propidon, un alitement prolongé, et plus tard, des cautérisations cervicales restées sans effet. Une petite salpingite droite douloureuse contre-indique actuellement le traitement actif. La malade est mise au traitement diathermique jusqu'à cessation des douleurs et rétrocession de la masse annexielle.

Le 11 mai 1935, dans la période post-menstruelle, il est pratiqué une séance de diathermo-coagulation intra-cervicale. Malgré les conseils du médecin, la malade ne garde pas le repos. Six jours après, le 17 mai, elle avoue que depuis 48 heures, elle souffre du bas-ventre et dans la région lombaire. Pas de fièvre. Le col présente comme d'habitude, une « mèche-bouchon » grisâtre que l'on désinfecte. A droite, une réaction annexielle d'aspect banal, se traduisant par une trompe tendue et un ovaire assez gros et douloureux. Il est pratiqué, séance tenante, une injection sous-cutanée de Lysaxin. Alitement immédiat et glace sur le ventre. 48 heures après, la malade va bien, la température ne dépasse pas 38°.

Le 21 au matin, visite du médecin, la température est à 37°9 A droite, une défense musculaire moyenne empêche d'apprécier l'état du cul-de-sac dans lequel on ne sent pas grand'chose.

Toutefois, comme la malade se plaint de la région lombaire, et pour ne pas laisser passer une réaction haute, le Dr Marcel fait après hésitation, 1 /2 cc. de propidon. Le col désinfecté se déterge, mais conserve son escharre adhérente, d'aspect marron cru.

Le soir, le docteur est rappelé d'urgence, parce que, depuis quelques heures, la malade souffre de coliques intestinales et de douleurs lombaires intolérables. En plus de la défense musculaire et de la sensibilité du cul-de-sac, on trouve maintenant une coulée phlegmoneuse dure, douloureuse, dans le Douglas avec une température à 39°. Le Dr Marcel pense à un choc vaccinal, à une réaction focale et décide le transport de la malade en maison de santé.

Le 22 mai, le lendemain, la température est à 38°2; il existe une

salpingite droite, nette, de moyen volume, avec un cul-de-sac postérieur comblé. L'état général est bon, le pouls est normal; il est fait de la septicémine intra-veineuse et on continue la révulsion.

Le 23 mai, la malade va mieux, mais la coulée douglasienne semble devoir se collecter. Le docteur songe à demander dans 48 heures, l'avis du chirurgien. En attendant, on continue la septicémine et on fait dans l'après-midi 5 cc. d'électrargol.

On apprend au docteur tard dans la soirée, que la malade, dont la diurèse était jusque-là parfaite, n'a pas uriné depuis les premières heures du matin et surtout qu'à 17 heures, est apparu un frisson solennel d'une durée de 20 minutes, tandis que la température montait à 40° et quelques dixièmes.

Dès lors, les complications d'insuffisance rénale, survenues ainsi avec une brusquerie stupéfiante, s'ajoutent à celles de l'infection génitale et leurs symptômes s'intriquent; il y a régression momentanée des deux processus par une thérapeutique appropriée, mais ainsi, au bout de 27 jours, après des phases d'amélioration et d'aggravation, la malade est emportée par une péritonite progressive compliquée d'une anurie presque complète.

La très courageuse communication de M. Marcel, 12 réactions annexielles qu'il cite pour 1200 coagulations qu'il a faites, les observations ci-dessus, sont autant de témoignages qui vont à l'encontre des déclarations de Dausset qui, lui, nie énergiquement ces accidents, et plutôt que de nous ranger à l'avis de Dausset et de partager entièrement son enthousiasme, nous préférons, avec le Dr Marcel, tirer les conclusions suivantes :

1° L'escharre de la diathermo-coagulation n'empêche pas la propagation microbienne par la voie lymphatique, car, si par le phénomène de la coagulation elle bloque véritablement les capillaires et les lymphatiques, et empêche ainsi, selon Casalta, l'infection de se propager et de réveiller des lésions annexielles, nous pouvons dire aussi qu'en faisant tampon au niveau du col, elle provoque la rétention glaireuse septique et favorise par là-même la lymphangite annexielle.

2° Une cervicite externe et surtout interne qui s'accompagne d'annexite est toujours une affection délicate à traiter,

quelle que soit la thérapeutique employée. Un traitement annexiel prolongé s'impose.

Ces considérations nous amènent à envisager la marche à suivre et les précautions à prendre dans la conduite du traitement.

Il faudra au préalable, comme pour le Filhos, savoir autant que cela se peut, la nature et l'âge de la métrite, s'inquiéter du passé et de l'état actuel de l'appareil génital, n'intervenir ensuite qu'après les règles, toujours en raison des métrorragies, s'entourer des mêmes précautions antiseptiques avant et après l'intervention. Quant à la durée et à l'intensité de l'électro-coagulation, cela est affaire d'espèce.

Nous pouvons dire avec le Dr Marcel que, si les diathermo-coagulations les plus intenses sont de beaucoup les plus salutaires, il est sage, dans les endocervicites s'étant accompagnées d'annexite, de se montrer prudents, quitte à pratiquer des diathermo-coagulations itératives peu intenses et à imposer à la malade un repos complet.

Il convient, d'autre part, si nous voulons éviter une réaction annexielle, d'examiner systématiquement la malade 48 heures après l'intervention, de pratiquer l'ouverture de l'escharre si celle-ci fait tampon et si l'infection menace.

Ces précautions prises et s'il n'y a pas de danger du côté des annexes, une séance, parfois deux, suffisent à tarir une leucorrhée et à régénérer un col, et cela sans prescrire le repos complet après l'intervention; il suffit de proscrire les travaux fatigants durant les trois ou quatre premiers jours, puis la malade peut reprendre ses occupations habituelles.

La diathermo-coagulation ainsi faite — si nous donnons aux contre-indications plus d'extension que ne le veulent certains protagonistes de la méthode — rend d'immenses services au gynécologue; elle a fait faire un grand progrès au traitement des métrites et particulièrement des endocervicites qui sont à la clé d'un grand nombre de stérilités.

Nous ne croyons pas cependant qu'elle puisse actuellement assécher tous les cols sans distinction ni nous mettre de façon sûre à l'abri d'un accident annexiel.

RADIUMTHERAPIE ET REACTIONS ANNEXIELLES

S'il y a une loi de pathologie générale qui veut que le cancer se greffe sur les vieux foyers d'infection, c'est bien au niveau du col que cette loi doit trouver, pour ainsi dire, son maximum d'application, puisque nulle autre part l'inflammation n'est aussi fréquente ni aussi tenace. D'autre part, l'union constatée dans une même lésion du col, de l'inflammation chronique, d'états précancéreux, de lésions cancéreuses au début, ne peut laisser aucun doute sur la relation entre les tumeurs malignes et les inflammations chroniques. Notons enfin que les signes du cancer du col au début sont pendant longtemps à peu de chose près ceux d'une métrite chronique, si bien qu'on a l'impression que l'infection et le cancer s'unissent lentement et de façon insensible sans qu'on puisse fixer entre les deux une transition clinique.

Il ne faut donc pas s'étonner si le cancer du col peut être confondu assez longtemps avec une vieille métrite cervicale et traité en conséquence par les mêmes procédés; pour la même raison, le radium trouve parfois ses indications dans les métrites du col invétérées, rebelles aux autres thérapeutiques.

L'application d'appareils radifères au niveau du col cancéreux nécessitera combien plus que pour le Filhos et la diathermo-coagulation un examen soigneux de l'appareil génital et en particulier des annexes. C'est qu'ici, en dehors de l'infection du col, il faut considérer la décharge de produits toxiques de désintégration cellulaire à l'occasion d'une manœuvre curiethérapique; il faut donc aussi bien plus se méfier des complications infectieuses et craindre leurs suites fâcheuses.

En dehors des complications inflammatoires assez fréquen-

tes dues à des poussées de lymphangite, parties de l'utérus, ayant vraisemblablement leur maximum dans les paramètres et pouvant donner lieu en outre à des réactions péritonéales, il peut survenir des accidents annexiels, surtout si les annexes étaient antérieurement malades. Il semble qu'on doive y penser devant des accidents à allure grave, avec signes péritonéaux qui ne rétrocèdent pas d'une façon nette après l'interruption du traitement. Dans ces cas, le traitement physiothérapique devient impossible. Essaie-t-on de le reprendre, les accidents recommencent, plus sérieux encore. L'état général périclite, et la mort souvent s'ensuit assez rapidement.

Cependant, s'il s'agit d'une réaction annexielle légère, et à condition d'imposer à la malade un repos suffisant, on pourra reprendre le traitement, mais avec une extrême prudence, en fractionnant, s'il le faut, les applications pour pouvoir surveiller l'état local et général de la malade.

Mais malgré toutes ces précautions, on ne peut pas être sûr d'éviter les complications, et, d'une manière générale, l'extirpation chirurgicale des foyers annexiels sera la meilleure tactique.

Si le traitement chirurgical, efficace pour chacune des deux affections isolées, est en somme, dans l'état actuel de la thérapeutique, le seul traitement prudent de l'association du cancer du col utérin et de l'annexite, la radiumthérapie n'en reste pas moins un excellent traitement du cancer du col, seul, sans complications infectieuses. « La curiethérapie, écrivaient Jeanneney et Authié dans un article récent jouit à juste titre d'une faveur unanime. Ce cancer se prête admirablement au traitement par le radium, grâce surtout à sa radio-sensibilité extrême, grâce aussi à sa morphologie particulière, permettant l'application de foyers radio-actifs au contact même des lésions, grâce enfin à la résistance que les éléments sains du col opposent à l'action des rayons X, toutes conditions qui permettent l'emploi de doses massives de radiations et une disposition jurdicieuse des éléments radioactifs. Aussi, ajoutent-ils, le domaine de cette thérapeutique s'élargit-il de plus en plus au détriment de celui de l'acte opératoire pur, qui compte encore, avec des indications plus res-

treintes, un pourcentage de mortalité immédiate considérable. »

La radiumthérapie, judicieusement appliquée, et les contre-indications posées, permet d'éviter le plus souvent les accidents graves; mais même après une désinfection soigneuse locale, il est très fréquent de constater une légère réaction fébrile avec quelques douleurs après la pose du radium dans le canal cervical; c'est qu'un nettoyage, si poussé soit-il, ne permet pas d'aseptiser parfaitement un col ulcéré, parfois anfractueux, où pullulent divers germes en association microbienne et parmi eux surtout le streptocoque. Mais cette réaction inflammatoire légère peut s'étendre et s'aggraver si nous n'y prenons garde. Devons-nous faire intervenir l'action néfaste du radium dans l'apparition de ces complications infectieuses?

R. Bernard, frappé de constater que la température et la douleur survenaient dès le jour de l'application des appareils, croit que l'application du radium n'y est pour rien; les accidents inflammatoires dus vraisemblablement à une lymphangite sont de nature traumatique et la pose d'une laminaire est pour lui une manœuvre très dangereuse. Aussi laisse-t-il les appareils en place pendant les huit jours du traitement et arrive-t-il ainsi à des courbes thermiques plus proches de la normale.

J. Ducuing et Guilhem de leur côté ne croient pas que la température, presque constante chez les malades traitées, soit dans la majorité des cas en rapport avec une lymphangite du ligament large; ils ne pensent pas en outre qu'une application de radium continue, sans retirer les foyers radifères pendant toute la durée de l'application, soit la meilleure méthode de traitement des cancers du col : « Il est indiscutable, disent-ils, qu'avec cette méthode on risque les dangers des petits traumatismes répétés favorisant les poussées thermiques; cependant une bonne technique permet de les réduire au minimum et d'éviter par contre les gros accidents qui arrivent surtout pendant l'irradiation intra-cervicale continue et dus presque exclusivement à l'obstruction trop complète du col. »

Tous trois en somme — et c'est l'avis de la majorité des

auteurs — attribuent à la manœuvre traumatisante de la dilatation et non au radium la réaction thermique qui suit la pose de l'appareil radifère, mais alors que pour R. Bernard, la laminaire est l'instrument dangereux et l'agent des complications graves, pour les deux autres, c'est le vase clos de la columnisation.

A la Fondation Bergonié à Bordeaux, c'est la méthode de l'application continue qui est utilisée. La malade bien surveillée et mise au repos absolu, les appareils sont maintenus en place de sept à dix jours et on relève rarement des réactions importantes si l'on a pris toutes les précautions avant la mise en place : injections vaginales antiseptiques, utilisation au besoin de vaccins, destruction des parties exubérantes du cancer par la diathermo-coagulation, séances préparatoires de rayons X ou de télécuriethérapie; enfin et surtout cette préparation consiste essentiellement dans la dilatation du col : elle ne doit jamais être tentée s'il existe de la température à moins que celle-ci ne soit en rapport avec une pyométrie. Si la dilatation est possible, il faudra, pour supprimer ses dangers, qu'elle soit large, discontinue et progressive : les bougies d'Hégar sont le meilleur agent dilatateur, réunissant les qualités requises; la laminaire réalise, elle aussi, une dilatation lente et progressive, mais continue : elle joue ainsi le rôle de corps étranger exerçant une pression constante sur les parois du canal cervical et déterminant une fermeture complète de la cavité cervico-utérine; elle empêche ainsi l'expulsion complète du bouchon muco-purulent qui peut stagner au niveau de l'orifice interne du col et dont les microbes ont ainsi leur virulence exaltée; d'autre part, elle réalise de petites mortifications à la faveur desquelles l'infection peut se propager par voie lymphatique au ligament large et aux annexes.

La radiumthérapie du cancer du col exige donc l'intégrité des annexes et l'observance stricte de certaines règles dans la conduite du traitement, surtout dans la manœuvre de la dilatation, si l'on ne veut pas aller au-devant de graves mécomptes.

Voici deux observations de cancer du col et d'annexite

associés chez deux malades traitées l'une en 1929-1930, l'autre en 1935.

Pour la première le traitement curiethérapique local est continué malgré des réactions annexielles : une pelvi-péritonite s'ensuit et la malade meurt.

Pour la deuxième, on s'abstient de poser du radium dans le col, la malade ayant un passé annexiel et ayant réagi en cours de traitement à une hystérométrie par fièvre et douleurs dans le bas-ventre.

Observation VII

(*in thèse Lembeye, Bordeaux*, 1931)

Cancer du col. Annexite. Curiethérapie. Pelvi-péritonite. Décès

Marie D..., 40 ans.

Il y a un an environ que la malade vit ses forces diminuer sensiblement et, à peu près à la même époque, ressentit des douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiations dans les reins. La malade s'est présentée à la consultation du professeur Chavannaz. Après un traitement local (injections), la malade fut fortement améliorée, mais, au bout de trois mois, elle eut une nouvelle crise douloureuse qui nécessita son entrée à l'hôpital. Ne voyant pas la nécessité d'une intervention chirurgicale, on adresse la malade au professeur Réchou pour son traitement.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance. Réglée à 14 ans, règles normales, peu abondantes, non douloureuses. Pertes blanches abondantes. Mariée à 18 ans. Un accouchement normal : enfant bien portant. Pas de fausses-couches.

Antécédents héréditaires. — Père mort asthmatique. Mère morte-cardiaque.

Antécédents collatéraux. — Une sœur vivante, bien portante.

Examen, le 17 août 1929. La malade présente des pertes rougeâtres fétides. Un point douloureux dans la région hypogastrique, un peu à gauche de la symphyse pubienne.

Au toucher vaginal : col abaissé à 4 cm. de l'orifice de la vulve.

Gros corps utérin. Grosse ulcération de la partie antérieure du col. Cul-de-sac vaginal droit relativement souple. Cul-de-sac vaginal gauche induré, mobilisable. Le col saigne légèrement au toucher.

Traitement. — Radiothérapie, deux séances (19 août 1929 et 12 septembre 1929).

Le 7 février 1930, curiethérapie locale.

Le 9 février 1930, poussée de température à 39°, pouls à 120, ablation du radium.

On reprend le même traitement le 17 février.

Le 20 février, fin de la curiethérapie.

Dans les jours qui suivent l'ablation du radium, poussée de température à 39°8, hoquet, légère contracture abdominale, facies grippé.

Décédée le 26 février 1930. Depuis la veille de l'ablation du radium, le pouls se maintient à 120 pulsations.

Observation VIII

Inédite.

(*due à l'obligeance de M. le Professeur Réchou*)

Cancer du col. Annexite. Hystérométrie. Réactions annexielles. Pas de curiethérapie intra-cervicale.

F... Berthe, 42 ans, domestique.

Entre le 23 février 1935 au centre anti-cancéreux, envoyée par le Pr Jeanneney et le Dr Monteaud.

En février 1934, la malade commence à perdre du sang en dehors de ses règles. Mais ne souffrant pas, elle néglige de consulter son médecin. Elle ressent toutefois une légère douleur barrant transversalement l'abdomen au-dessus de l'ombilic. La malade reste ainsi pendant un an. Dans les six derniers mois, la douleur s'accentue et les pertes de sang s'accompagnent de pertes jaunes un peu fétides.

Le 6 février 1935, la malade présente une hémorragie importante, suivie d'une atroce douleur. Elle consulte alors son médecin qui l'adresse au Pr Jeanneney. Ce dernier, après biopsie, l'envoie au Centre anti-cancéreux.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée depuis l'âge de 16 ans, toujours normalement.

Mariée à 22 ans. A 23 ans, en 1914, accouchement difficile, forceps; une fille en bonne santé. Avortement à 1 mois en 1918.

Examen le 28 février 1935. Malade d'aspect sain, facies un peu pâle. On note une cicatrice de hernie ombilicale.

A la palpation, l'abdomen est souple, non météorisé. Toucher vaginal : on note un col tumoral au niveau duquel on sent des nodosités sous-muqueuses. L'utérus est fixé, non mobilisable.

Tous les culs-de-sac sont rétrécis, surtout en arrière et à droite.

Toucher rectal. La paroi rectale est souple, permet de sentir la tumeur du col; le paramètre droit semble être envahi.

Conclusion. — Epithélioma sous-muqueux à propagation endocervicale : 2e degré avancé.

Traitement. — 28 février 1935. Début de la télécuriethérapie.

14 mars 1935. Hystérométrie, impossible au delà de 3 cm.

18 mars 1935. Réaction fébrile importante, très probablement d'origine annexielle et pelvi-péritonéale.

Arrêt de la télécuriethérapie. Septicémie intra-veineuse et vaccins anti-pyogènes.

Le 16 avril 1935, malade très améliorée, température revenue à la normale; amélioration de l'état local.

Dès lors, on n'insiste pas sur l'exploration, étant donné les accidents infectieux antérieurs, on ne pratique pas de curiethérapie locale intra-cervicale pour éviter les manœuvres dangereuses de dilatation précédant l'acte de la curiethérapie.

On reprend la télécuriethérapie, du 2 mai au 2 juin 1935.

Exeat le 4 juin 1935.

Revient le 29 juillet pour continuer le traitement.

Propagation cervico-vaginale de la tumeur, sur la paroi antérieure du vagin. La malade a présenté deux hémorragies qui ont nécessité son hospitalisation d'urgence.

Le 2 août 1935. Curiethérapie vaginale qui a provoqué douleurs et réactions fébriles à 39°, température qui se maintient avec petits clochers jusqu'à extraction du colpostat le dixième jour.

Exéat le 20 août 1935, sans curiethérapie intra-cervicale.

CONCLUSIONS

L'étude des observations que nous présentons concerne des manœuvres faites toutes sur le col utérin, pour des affections de cet organe, en employant des moyens différents, tantôt le caustique de Filhos, tantôt l'électro-coagulation, tantôt le radium.

Dans tous ces cas, quel que soit le procédé employé, il apparaît d'une manière nette que la malade est exposée à des complications annexielles si l'affection est aiguë ou bien s'il existe en même temps que l'affection cervicale une annexite légère.

Tout se passe comme si cette petite intervention provoquait une augmentation de la virulence des microbes qui gagnent les annexes, soit par la voie muqueuse, soit par la voie lymphatique : il en résulte une annexite aiguë, parfois grave, toujours susceptible de laisser des lésions définitives qui pourront nécessiter ultérieurement une hystérectomie.

Ce sont donc des conclusions pratiques que nous tirerons de ce travail, à savoir :

1° Que dans les affections aiguës, dans les affections chroniques du col qui s'accompagnent d'annexite même légère, on doit s'abstenir de toute manœuvre gynécologique, si minime soit-elle, au niveau du col utérin.

2° Que le praticien ne doit entreprendre l'une de ces manœuvres qu'après avoir fait un examen minutieux de tout

l'appareil génital, lui montrant qu'il n'existe en dehors de l'affection cervicale aucune lésion annexielle susceptible d'être le point de départ d'une complication.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer,
Le Président,
JEANNENEY

Vu et permis d'imprimer ;
Bordeaux, le 14 janvier 1936
Le Recteur de l'Académie
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Arnaldo Emmanuel et **Normando Arenas**. — « Traitement des cervicites chroniques par l'électro-coagulation. Résultats », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1933.

Bégouin. — « Pyométrie et cancer du col », *Bull. soc. gyn. et obst.*, 1928.

Bernard (R.). — « Les complications inflammatoires de la curiethérapie dans les cancers du col de l'utérus; technique des applications de radium », *Bull. soc. gyn. et obst.*, 1933.

Binet et **Marcel** (J. E.). — « La diathermo-coagulation en gynécologie », *Gynécologie et obstétrique*, 1934.

Cabaille (Henri). — *Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique*, Thèse Paris, 1931.

Casalta (Emile). — *Traitement des métrites cervicales chroniques par la diathermo-coagulation*, Thèse Marseille, 1933.

Chalier (André). — « Sur le traitement ambulatoire des métrites cervicales chroniques par la cautérisation au Filhos », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1931.

Chosson. — « Les avantages de la diathermo-coagulation dans le traitement de la métrite cervicale chronique », *Bull. soc. gyn. et obst.*, 1933.

— « Traitement de la métrite cervicale chronique par diathermo-coagulation », *Marseille Médical*, juillet 1931.

Condamin. — « Du danger et des méfaits des tiges de laminaires », *Lyon médical*, 20 mai 1928'

Dausset Chenilleau et **Tedesco**. — « Le traitement des métrites du col par la diathermo-coagulation », *Paris médical*, octobre 1927.

Ducuing et **Guilhem**. — « Curiethérapie du cancer du col et température », *Presse médicale*, 8 juillet 1933.

Durand-Dastès. — « 32 cas de métrites cervicales traitées par la diathermo-coagulation », *Bull. soc. gyn. et obst.*, 1933.

Forgue et **Massabuau.** — « Gynécologie », *Nouveau traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, 1927.

Guillemin (André). — « Traitement des métrites cervicales chroniques par les cautérisations au caustique de Filhos ». — Thèse de Paris, 1920.

Hamant et **Rothan.** — « Traitement de la métrite du col par la diathermo-coagulation », *Bull. soc. gyn. et obst.*, 1934.

Hartmann. — « Méfaits du Filhos », *Bull. soc. gyn. et obst.*, 1933.

Jeanneney et **Authié.** — « Les accidents mortels de la curiethérapie dans les cancers du col », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, août 1935.

Lembeye (Hector-Edward). — *Cancer du col et annexite*, Thèse Bordeaux, 1930-31.

Leveuf et **Godard.** — « Etude anatomique des lymphatiques du corps de l'utérus », *Presse médicale*, mars 1934.

Marcel (J. E.). — *Diathermo-coagulation des cervicites chroniques*, Compte rendu de la société française de gynécologie, 1934. — *Histoire tragique d'une diathermo-coagulation intra-cervicale*, Compte rendu de la société française de gynécologie, juillet 1935.

Neis (P.). — « Technique suivie pour le traitement des métrites chroniques par l'électro-coagulation diathermique unipolaire et résultats obtenus », *Gynécologie et obstétrique*, 1932.

Papin (F.). — « Métrites chroniques », *Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1935.

Popp. — *De l'évolution clinique et bactériologique des salpingites*, Thèse de Bordeaux, 1906.

Pouliot. — « Traitement ambulatoire de la métrite chronique par le Filhos », *Bulletin de la soc. de gyn. et d'obst.*, juin 1931. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, août 1931.

Rouvière. — *Anatomie des lymphatiques de l'homme*, 1932.

Siredey (A.). — « Traitement des métrites banales », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1928.

Villar et **Labry.** — « Indications et techniques thérapeutiques des cervicites chroniques », *Gynécologie et obstétrique*, avril 1935.

Bordeaux. — Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue. — 1936.